

CUADERNO de Cuidado

Una Herramienta para Organizar
la Información de Salud
de un Niño



Introducción

- 1 CUADERNO de Cuidado Una Guía Rápida
- 2 Configuración del CUADERNO de Cuidado

Información Familiar

- 3 Página del Niño
- 4 Vida del Niño
- 6 Información Familiar
- 7 Recursos de Apoyo Familiar
- 8 Instrucciones para Niñera
- 9 Proveedores de Cuidado/ Respiro
- 10 Infantil Recursos Recreativos

Información del Proveedor

- 11 Información del Seguro
- 12 Proveedores Médicos
- 14 Información de la Farmacia
- 15 Terapeutas
- 16 Notas de Terapia
- 17 Nutrición/Respiratoria
- 18 Hogar y la Comunidad
- 19 Equipo Médico Duradero
- 20 Proveedores de Transporte

Formas de Atención Médica

- 21 Resumen Médico Portátil
- 22 Horario de Cuidado Diario
- 23 Registro de Medicamentos
- 24 Rastreador de Alergia
- 25 Registro de Cita
- 26 Notas de Visita Médica
- 27 Laboratorios/Pruebas/Procedimientos
- 28 Suministros
- 29 Rastreador de Crecimiento
- 30 Registro de Dieta
- 31 Hospitalizaciones
- 32 Aspectos Quirúrgicos
- 33 Facturación Médica
- 34 Transiciones
- 35 Notas

CUADERNO Cuidado | Una Guía Rápida

¿Qué es un CUADERNO de Cuidado?

Un **CUADERNO de Cuidado** es una herramienta de organización para padres/tutores legales que tienen hijos o jóvenes con necesidades especiales de salud o discapacidades. Un **CUADERNO de Cuidado** se utiliza para anotar la información importante sobre la salud del niño.

¿Cómo puede ayudar un CUADERNO de Cuidado?

En el cuidado de un niño o joven con necesidades especiales o discapacidades, uno tendrá información y documentos de varias fuentes. Un **CUADERNO de Cuidado** ayuda con la organización de lo más importante y lo mantiene en un lugar céntrico. Y un **CUADERNO de Cuidado** facilita encontrar y compartir información con otros que son parte del grupo del cuidado del niño.

¿Cómo se utiliza un CUADERNO de Cuidado?

El **CUADERNO de Cuidado** puede ser utilizado para:

- ❖ Archivar información sobre el historial médico del niño,
- ❖ Crear una lista de números de teléfonos de los proveedores de salud y organizaciones comunitarias,
- ❖ Compartir nuevos datos con el médico de cabecera, clínica pública de salud, enfermera de escuela, guardería personal, y otros cuidados del niño.
- ❖ Prepararse para citas; y
- ❖ Anotar cambios en los medicamentos del niño, equipaje o tratamientos.

¿Hay algunos consejos útiles para usar un CUADERNO de Cuidado?

Estas sugerencias pueden ser útiles:

- ❖ Mantenga el **CUADERNO de Cuidado** donde es fácil de encontrar. Esto ayudara a cualquier persona que este ayudando el niño a obtener la información rápidamente cuando el padre o tutor legal no están disponibles para darlo.
- ❖ Añadir nueva información al **CUADERNO de Cuidado** siempre y cuando el tratamiento del niño cambie.
- ❖ Considere llevarse el **CUADERNO de Cuidado** para citas y visitas al hospital para
- ❖ asegurar que la información sea fácil de encontrar.

CUADERNO de Cuidado consejo

- ❖ Las páginas están diseñadas para utilizarlas cuando sea necesario. No todas las páginas aplicaran para la situación del niño.
- ❖ Organizar las páginas de cualquier manera que funcione mejor (Vea “Configurando el **CUADERNO de Cuidado** “en la próxima sección).
- ❖ Utilice separadores o etiquetas para ayudar organizar el **CUADERNO de Cuidado**. Protectores de hojas, bolsas de plástico, y carpetas son útiles para organizar este material.

Paso 1: Acumular información disponible.

Coleccione información de salud que ya está disponible. Esto puede incluir reportes de visitas al doctor reciente, resúmenes reciente sobre una estancia del hospital, el esquema escolar del año, analizar resultados, y folletos importantes sobre servicios y programas.

Paso 2: Revisar las páginas del CUADERNO de Cuidado.

¿Cuáles páginas del CUADERNO de Cuidado podrán ayudar en organizar información sobre la salud infantil? Seleccione las páginas que le ayudan.

Paso 3: Decidir cuál información es más importante para guardar.

Imprimir copias de las páginas que son útiles. Guardarlos en un cuaderno o electrónicamente. Las páginas del CUADERNO de Cuidado están disponibles electrónicamente en la página web de ECAC: www.ecac-parentcenter.org. Mantener el CUADERNO de Cuidado electrónico en un disco duro. Imprimir solo las páginas necesarias.

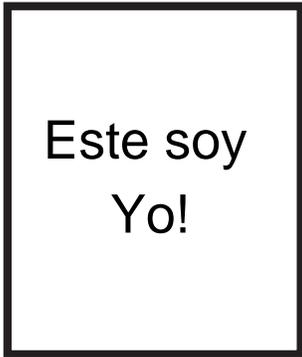
- ❖ Imprimir páginas útiles para un cuaderno personal o crear un archivo electrónico para el CUADERNO de Cuidado, y guardar páginas en un archivo.
- ❖ Llenar información pertinente.
- ❖ Organizar las páginas en una manera útil.
- ❖ Imprimir las páginas de citas, si es de ayuda.

Paso 4: Preparar el CUADERNO de Cuidado.

Todos tienen diferentes maneras de organizar información. Pero lo más importante en juntar la información en un cuaderno es poder encontrar de una manera fácil esta información nuevamente.

Aquí hay varias sugerencias para suministros que pueden ser útiles para crear un CUADERNO de Cuidado que funcione bien:

- ❖ Cuaderno de 3 anillos o carpeta de acordeón grandes que sujeten papeles de manera segura
- ❖ Separadores con divisores que crean secciones individuales de información
- ❖ Carpeta con embolses que puedan guardar informes
- ❖ Páginas de plástico que guarden tarjetas de negocio y fotografías



Mi nombre es: _____

Mi apodo es: _____ **Mi fecha de nacimiento:** _____

El nombre de mi mascota es: _____

Mi mascota es: _____

Mis Favorito(a)

Amigo(a): _____

Juguetes: _____

Juegos: _____

Comidas: _____

Animales: _____

Pasatiempos: _____

Actividades: _____

Canciones: _____

Cuando estoy contento, actúo de la siguiente manera: _____

Cuando estoy triste o cuando siento dolor, actúo de la siguiente manera: _____

Cosas que puedo hacer por mí mismo: _____

Cosas con lo que necesito ayuda: _____

Me comunico de esta manera: _____

Las personas que me ayudan para hablar son: _____

Miembros de la Familia

Padre/Madre: _____

Dirección: _____

Telefono: _____

Correo Electrónico: _____

Padre/Madre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Tutor Legal: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Hermanos(as)

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Idioma que se habla en casa:

¿Necesita intérprete cuando se comunica con profesionales? Sí No

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono durante el día: _____

Celular: _____

Teléfono durante la noche: _____

Amigos y Familiares

Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Comunidad Religiosa:

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Organización de Defensa

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Otra Organización

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Instrucciones de Emergencia Médicas: EN UNA EMERGENCY QUE AMENAZE LA VIDA, MARQUE EL 911

Primero llame a: _____

Hospital preferido: _____

Doctor primario: _____

Teléfono del médico: _____

Proveedor de Seguros: _____

Número de Seguro: _____

A quien corresponda: Yo/Nosotros: _____

Nombre completo de el/la/los padre(s)/madre/tutor legal de: _____

Fecha de nacimiento: autorizo al personal médico calificado que provea recuperación de cuidado, y también proteger la salud y vida. Alergias conocidas: _____

Fecha: _____ Autorización se vence: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular del/la padre/madre/tutor legal: _____

Otro teléfono de contacto: _____

Acontecimientos significativos durante las últimas 48 horas, o síntomas para observar e informar:

Medicación necesitada: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Medicación necesitada: _____ Dosis _____ Hora: _____

Medicamentos situados aquí: _____

Instrucciones especiales de los medicamentos: _____

Suministros y equipaje médico se encuentran aquí: _____

Ubicación del extintor de incendios: _____

Ubicación de la linterna: _____

Ubicación de los primeros auxilios: _____

Proveedor de Cuidado Infantil

Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Información Importante: _____

Horas disponibles: _____

Proveedor de Cuidado de Respiro

Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Información Importante: _____

Horas Disponibles: _____

Proveedor Adicional de Cuidado

Nombre del Contacto: _____

Dirección _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Información Importante _____

Horas disponibles: _____

Cuaderno de Cuidado | Recursos Recreativos

Programas de Recreación, incluyendo parques y programas de recreación en la comunidad, tienen oportunidades para niños y jóvenes con necesidades especiales de salud o discapacidades para participar. Verificar con proveedores de la comunidad para identificar más actividades recreativas.

Actividad

Nombre del contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Horario: _____

Actividad

Nombre del contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Horario: _____

Actividad

Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Horario: _____

Actividad

Nombre del _____

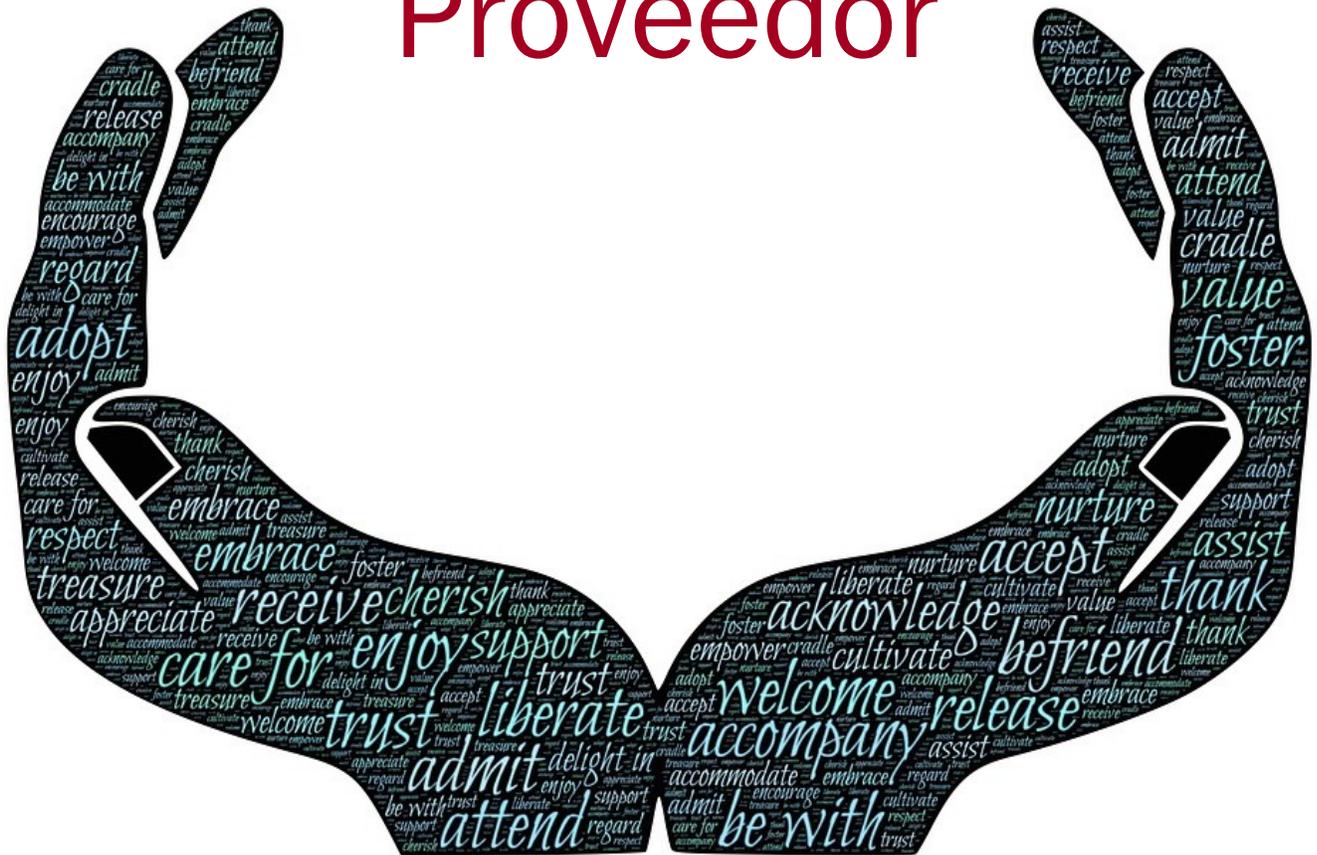
Contacto: Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Horario: _____

Actividades Adicionales: _____

Información del Proveedor



Compañía de Seguro Principal

Nombre de Seguro Principal: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre/título del contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Compañía de Seguro Secundario

Nombre de la compañía de seguro: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre/título del contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Medicaid

Número (solamente los últimos 6 dígitos) _____

Persona/título del contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Otro

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Nombre/título del contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Médico de Cabecera

Nombre del médico _____

Dirección de clínica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Proveedor de Atención de Especialidad

Nombre del Médico: _____

Dirección de Clínica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Proveedor de Atención Especialidad

Nombre del Medico: _____

Dirección de la Clínica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Proveedor de Atención de Especialidad

Nombre del Médico: _____

Dirección de la Clínica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Proveedor de Atención de Especialidad

Nombre del Médico: _____

Dirección de la Clínica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Hospitales

Hospital Local

Nombre del Hospital: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Hospital de Especialidades

Nombre del Hospital: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Proveedores Dentales

Dentista

Nombre del Dentista: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Ortodontista

Nombre del Dentista: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Utilice este espacio para anotar las farmacias. Los Médicos sugieren que solo una farmacia sea utilizada para todas las necesidades de medicamentos. El farmacéutico mantendrá registros de todos los medicamentos usados y los identificara cuando las interacciones entre medicamentos crean problemas. Sin embargo, farmacias adicionales a veces pueden ser necesarias. A menudo, el seguro requiere el uso de una farmacia que este en línea. Otra opción puede ser una farmacia de hospital o magistral.

Farmacia Local

Nombre: _____ Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Pagina Web: _____ ¿Abierto las 24 horas? Y_N _____

Farmacia Magistral

Nombre: _____ Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Pagina Web: _____ ¿Abierto las 24 horas? Y_N _____

Farmacia en Línea/por correo

Nombre: _____ Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Pagina Web: _____

Información Importante (alergias y otros) _____

Medicamentos que requieren la farmacia magistral: _____

Medicamentos que requieren sabor: _____

Terapeuta Ocupacional (OT)

Fecha de Inicio: _____

Agencia/hospital/clínica: _____

Dirección: _____

Lugar donde ocurre la terapia: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____

Fisioterapeuta (PT)

Fecha de Inicio: _____

Agencia/hospital/clínica: _____

Dirección: _____

Lugar donde ocurre la terapia: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____

Logopedia/Patología Lingüística (S/LP)

Fecha de Inicio: _____

Agencia/hospital/clínica: _____

Dirección: _____

Lugar donde ocurre la terapia: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____

Otra Terapia

Fecha de Inicio: _____

Agencia/hospital/clínica: _____

Dirección: _____

Lugar donde ocurre la terapia: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____

Comunicación

Utilice esta sección para escribir sobre la capacidad del niño para comunicarse y entender a otros. Describa como se comunica el niño. Incluye información sobre gestos, lenguaje de señas, o cualquier herramienta utilizada que ayude facilitar la comunicación del niño. También incluye cualquier palabra especial que la familia y niño utilicen para describir cosas. Escribe la fecha en cada nota.

Movilidad

Utilice esta sección para escribir sobre la capacidad del niño para moverse. Incluye lo que el niño puede hacer independientemente, con ayuda, y enumere la herramienta que el niño utiliza para moverse. Describe cualquier limitación de actividad física, incluye cualquier rutina especial que el niño tiene para ser trasladado, por ejemplo: Como disminuir la presión, posicionamiento, etc. Escribe la fecha en cada nota.

Nutrición

Utilice esta sección para escribir sobre las necesidades nutricionales del niño. Describir comidas, rutinas especiales de las comidas, fórmulas nutritivas, alergias de comida, y restricciones. Describir técnicas especiales de alimentación, precauciones o herramientas utilizadas para alimentación. Escribe la fecha en cada nota.

Respiratoria

Utilice esta sección para escribir sobre el cuidado respiratorio del niño. Enumere tratamientos respiratorios que el niño necesita, y describe técnicas especiales y precauciones utilizadas cuando necesitan atención. Escribe la fecha en cada nota.

Agencia de Cuidado Administrado

Nombre de Agencia: _____ Administrador de Casos: _____

Fecha de Solicitud: _____ Fecha de recertificación: _____

Otros Contactos: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Exención de Agencia CAP

Nombre de Agencia: _____ Administrador de Casos: _____

Fecha de Solicitud: _____ Fecha de Recertificación: _____

Otros Contactos: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Agencia de Cuidado Domestico

Nombre de Agencia: _____ Administrador de Casos: _____

Fecha de Solicitud: _____ Fecha de Recertificación: _____

Otros Contactos: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Agencia de Cuidado Domestico

Nombre de Agencia: _____ Administrador de Casos: _____

Fecha de Solicitud: _____ Fecha de Recertificación: _____

Otros Contactos: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

CUADERNO de Cuidado | Equipo Médico Duradero

Compañía: _____ **Nombre del Contacto:** _____

Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____ **Fax:** _____

Dirección: _____

Notas (horario de entrega, horario de orden, etc.): _____

Equipo Médico: _____

Descripción (marca, tamaño, etc.): _____

Fecha de obtención: _____ **Horario de Servicio:** _____

Persona de Contacto: _____

Teléfono: _____ **Términos de la Garantía:** _____

Nombre de Equipo Médico: _____

Descripción (marca, tamaño, etc.): _____

Fecha de Obtención: _____ **Horario de Servicio:** _____

Nombre del Contacto: _____

Teléfono: _____ **Términos de la Garantía:** _____

Nombre de Equipo Médico: _____

Descripción (marca, tamaño, etc.): _____

Fecha de Obtención: _____ **Horario de Servicio:** _____

Nombre del Contacto: _____

Teléfono: _____ **Términos de la Garantía:** _____

Transporte

Compañía: _____ Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Información importante (como ruta de autobús, reglas relativas a la recogida, etc.): _____

Transporte

Compañía: _____ Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Información importante (como ruta de autobús, reglas relativas a la recogida, etc.): _____

Transporte

Compañía: _____ Nombre del Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

Información importante (como ruta de autobús, reglas relativas a la recogida, etc.): _____

CUADERNO de Cuidado | Resumen Médico Portátil

RESUMEN DE LOS REGISTROS MEDICOS

Nombre:		Dirección:	
Teléfono de Domicilio:		Celular:	
Fecha de Nacimiento:		Correo Electrónico:	
Aprende mejor por:		¿Está firmado la forma de No Resucitar? Sí No	
Apoyo necesitado:			
Personas de decisión legal: Yo		<input type="checkbox"/> HC/POA	<input type="checkbox"/> POA General
		Tutela: <input type="checkbox"/>	Limitada <input type="checkbox"/> Completo
Nombre:		Teléfono:	
Dirección:			
:			
Contacto de Emergencia/HC			
POA:		Teléfono:	
Diagnosis Principal:	Edad:	Altura:	Peso:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
MEDICAL			
Médicos:		Hospital:	
Medicamentos:		Vacunas:	
Diario:			
Mensual:		Alergias:	
PRN/ Según lo necesite:			
Medicaid/Medicare			
Nombre de la compañía de seguro:		Nombre de la compañía de seguro:	
Suscriptor Primario:		Suscriptor:	

Atención Médica/Administrador de Casos
Proveídos

HRTW Centro Nacional www.hrtw.org

Proveedor de Salud
Agencia de Enfermería
Farmacéutica
Dentista

CUADERNO de Cuidado | Horario de Cuidado Diario

Tiempo	Atención Proporcionado/Necesitada
En la Mañana	
En la Tarde	
En la Noche	

CUADERNO de Cuidado | Rastreo de Alergia

Alergia al niño	Descripción	Tratamiento	Fecha

CUADERNO de Cuidado | Registro de Citas

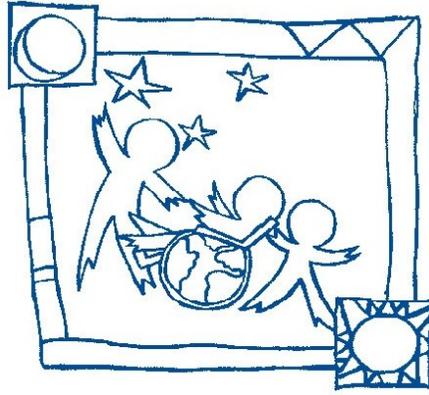
Pasos para una cita médica satisfactoria:

1. Escriba tres preguntas antes de ir.
2. Numere las preguntas. El número uno es el más importante.
3. Muestre su lista al proveedor. Escriba cualquier comentario hacia sus preguntas.
4. Pregúntele al proveedor por opciones para responder sus preguntas.

Fecha	Proveedor	Preguntas para discurso	Razón por visita/Atención Proporcionado	Próxima Cita

CUADERNO de Cuidado | Registro de la Dieta

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Alimentación por Sonda							
Desayuno							
Almuerzo							
Cena							
Aperitivos							
Notas							



El Centro de Asistencia para Niños con Discapacidades, ECAC, es una organización para padres, privada y sin fines de lucro, comprometida a mejorar la vida y la educación para **TODOS** niños, poniendo un énfasis especial en niños y jóvenes con necesidades especiales de salud o discapacidades. **ECAC** cree que lo mejor para los niños son familias facultadas en ser su mejor defensor.

Los servicios de **ECAC** son proporcionados sin ningún costo a la familia e incluye asistencia individual, aprendizaje en línea, materiales de impreso y electrónicos, una biblioteca de préstamo, y sesiones educativas para los padres.

ECAC

907 Barra Row, Suites 102-103
Davidson, NC, 28036
1-800-962-6817
www.ecac-parentcenter.org



Este documento se adaptó, con permiso, de los materiales compartidos por las Voces Familiares de Dakota del Norte, Voces Familiares de Utah, y el Departamento de Salud en el Estado de Washington, el Programa para Niños con Necesidades Especiales.

Fondos provistos por los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos, la Administración de Servicios y Recursos de la Salud, el Departamento de la Salud de la Madre y el Niño.